

Аверин В.И., Альхимович В.Н.,
Свирский А.А., Павленко В.А.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ.

/ Минск /

При удалении дивертикула Меккеля использовали клиновидную резекцию кишки с анастомозом в 3/4, косопоперечную резекцию дивертикула асептическим способом, а при широком основании и деструктивных изменениях в нем, распространявшихся на стенку кишки, производили резекцию кишки с формированием межкишечного анастомоза.

За 25 лет (1973-1997 г.г.) в Детском хирургическом центре осложнения после удаления дивертикула Меккеля возникли у 27 детей (12,6%). Инвагинация в месте анастомоза выявлена у 7 (25,9%) детей. При релапаротомии -1 выполнялись дезинвагинация у 5 и у двух больных - дезинвагинация с резекцией кишки и реанастомозом "конец в конец". После релапаротомий развитие в послеоперационном периоде ранней спаечной кишечной непроходимости у двоих детей повлекло за собой необходимость выполнения релапаротомии -2 с устранением непроходимости кишечника, выведением концевой илеостомы (у одного) и цекстомы (у одного). Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения у этой группы детей хорошие, но для этого потребовалось 11 повторных операций, в том числе и закрытие концевой илеостомы.

Ранняя спаечная кишечная непроходимость развилась у 9 детей (33,3%).

У этой группы больных при релапаротомии -1 применялась трансанальная интубация кишечника у 6 и интубация через концевую илеостому у 3 пациентов.

Несостоятельность анастомоза и перитонит выявлены у 5 больных (18,5%). Релапаротомия -1, лаваж брюшной полости и выведение концевой энтеростомы привели к выздоровлению у двух детей. Релапаротомия -2 с повторным лаважом (2) и лапаростомией (1) позволили добиться выздоровления только у одного ребенка.

Обтурационная непроходимость анастомоза (1) и внутрибрюшное кровотечение (2) были следствием технических ошибок при удалении дивертикула. При релапаротомии -1 после реанастомоза, остановки кровотечения результаты лечения у этих детей хорошие. Характерно, что у 17 детей (62,9%) осложнения развились после удаления неизмененного дивертикула Меккеля.

Умерло 6 детей (2,33%), поступившие в поздние сроки от момента заболевания: с кишечной непроходимостью - 4, с кишечным кровотечением - 1, с перфорацией дивертикула и общим перитонитом - 1. Двое из них были новорожденные. Один ребенок умер через 12 часов после операции от причин, не связанных с хирургическими осложнениями.

За последние 13 лет (1985 - 1997) у 43 детей, оперированных по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости, обнаруженный неизмененный дивертикул Меккеля не удалялся. Осложнений и повторных операций у этих детей не было.

Наш опыт позволяет рекомендовать воздерживаться от резекции дивертикула Меккеля при отсутствии осложнений им обусловленных.